

MODULO PER RICHIESTA RIMBORSO CARENZA

Per eventi da 1 a 6 giorni

Il sottoscritto _____ **Nato il** _____**a** _____ **Prov.** _____**Residente in** _____ **Via** _____**CAP** _____ **Prov.** _____ **Tel.** _____**Indirizzo e-mail** _____**Dipendente dell'Impresa** _____

chiede a questa Cassa Edile il rimborso della Carenza per evento morboso di malattia non superiore a 6 giorni e dichiara di essere stato assente dal lavoro

dal

(gg/mm/aaaa)

al

(gg/mm/aaaa)

e che il pagamento venga effettuato tramite accredito diretto sul c/c bancario o postale sottostante a me intestato:

	I	B	A	N		
PAESE	CHECK DIGIT	CIN	ABI	CAB	CONTO CORRENTE	

Documenti da allegare al presente modulo:

- Fotocopia del certificato di malattia comprovante l'evento

Data _____

Firma del lavoratore _____

N.B. Si ricorda che la presente domanda deve essere presentata entro 60gg dalla data inizio evento

SPAZIO RISERVATO ALLA CASSA EDILE

Cod. Operaio

Cod. Ditta

Importo Rimborsato Lordo

Data

Firma per autorizzazione